Mitgliedsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Kostenbeteiligung für eine Anschlussheilbehandlung

I. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

II. Anschlussheilbehandlung

1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung

   (Vorgeschichte, Verlauf, Dauer, Diagnose, Prognose)

2. Bitte **Nachweis** über die voraussichtlichen Kosten der Anschlussheilbehandlung **beifügen**.

III. Beteiligung möglicher anderer Kostenträger

Angabe des Kostenträgers mit Anschrift, Aktenzeichen und Art und Höhe der Beteiligung

1. gesetzliche Krankenkasse/Ersatzkasse

   pflichtversichert ☐ ja ☐ nein

   freiwillig versichert ☐ ja ☐ nein

2. private Krankenversicherung ☐ ja ☐ nein

3. Rentenversicherung
   Haben Sie für mindestens 5 Jahre Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt? ☐ ja ☐ nein

   Haben Sie bei einem anderen Versorgungswerk einen Antrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

   Wann und wo? _____

   _____

4. Unfallversicherung

   gesetzliche Unfallversicherung ☐ ja ☐ nein

   private Unfallversicherung ☐ ja ☐ nein

5. Beihilfe des Arbeitgebers ☐ ja ☐ nein

6. Sozialhilfeträger ☐ ja ☐ nein

7. Schadenersatzansprüche gegen Dritte ☐ ja ☐ nein

8. Sonstiges

   _____

   _____

IV. Bankverbindung

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| **(22 Stellen)**

BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **(8 oder 11 Stellen)**

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

V. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VI. Erforderliche Unterlagen

- Nachweis über die voraussichtlichen Kosten

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

VIII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

_____ _____

Datum Unterschrift